

DES GRANDS
KYSTES HÉMATIQUES
PRIMITIFS DE L'OVAIRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 4 Mai 1917

PAR

Marcel ARRIVAT

Né à Montpellier, le 1er juin 1890

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE MONTPELLIER

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	DE ROUVILLE, prof. adj., <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs</i>
		CARRIEU, professeur.		
		FORGUE, professeur.		
		PUECH, professeur-adjoint.		



MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1917



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555617_0056

DES GRANDS
KYSTES HÉMATIQUES
PRIMITIFS DE L'OVAIRE

DU MÊME AUTEUR

1. **L'air chaud en thérapeutique** (en collaboration avec M. le docteur Roziès). *Progrès médical*, mars 1913.
 2. **Lavage du péritoine à l'éther**, communication à la Société des sciences médicales de Montpellier, mars 1913.
 3. **Rhumatisme tuberculeux à manifestations multiples : arthralgies, érythème pseudo-phlegmoneux, zona, iritis, spondylite** (en collaboration avec M. le docteur Roger). *Province médicale*, 23 avril 1913.
 4. **Un cas de cysthématome menstruel post-opératoire** (en collaboration avec M. le professeur de Rouville). *La Gynécologie, Semaine gynécologique*, 1913.
 5. **Traitement du cancer du col utérin inopérable** (en collaboration avec M. le docteur Roziès). *Gazette des hôpitaux*, juin 1913.
 6. **A propos d'un cas de volvulus de l'S iliaque** (en collaboration avec M. le docteur Cathala). *Gazette des hôpitaux*, avril 1914.
 7. **Lymphocyto-sarcome de l'intestin grêle** (en collaboration avec M. le docteur Cathala). *Presse médicale*, mai 1914.
 8. **Huile camphrée à haute dose** (en collaboration avec M. le docteur Roziès). *Journal des praticiens*, avril 1914, et *Gazette des hôpitaux*, juin 1914.
 9. **A propos d'un cas de tuberculose tubaire**. Société des sciences médicales de Montpellier, avril 1914.
 10. **Hémorragies génitales d'origine ovarienne** (Revue pathogénique et thérapeutique). *Gazette des hôpitaux*, août 1914.
-

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 13

DES GRANDS
KYSTES HÉMATIQUES
PRIMITIFS DE L'OVAIRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 4 Mai 1917

PAR

Marcel ARRIVAT

Né à Montpellier, le 1er juin 1890

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE MONTPELLIER

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	DE ROUVILLE, prof. adj., <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs</i>
		CARRIEU, professeur.		
		FORGUE, professeur.		
		PUECH, professeur-adjoint.		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1917



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (*).	DOYEN.
SARDA.	ASSESEUR.
IZARD.	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM. TEDENAT (*).
Clinique médicale.....	CARRIEU (*).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT (*).
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O *).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O *).
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DU CAMP (*).
Anatomie.....	GILIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (*).
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H).
Clinique médicale.....	RAUZIER (*).
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRE.
Anatomie pathologique.....	MASSABUAU (✱).
Chimie médicale.....	N.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraire : MM. E. BERTIN-SANS (*), GRASSET (O *).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM. DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements.....	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, profes.-adj.
Clinique des maladies des voies urinaires...	JEANBRAU (*), a. l. (ch. de c.)
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées...	VEDEL, agr. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN, a. l. (ch. de c.)
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	EUIZIERE, agrégé.
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. RICHE.	MM. J. DELMAS.
GRYNFELTT.	CABANNES.	RIMBAUD.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	ROGER.
LEENHARDT.	P. DELMAS.	ETIENNE.
GAUSSEL (*).	EUZIERE.	LISBONNE.

Examineurs de la thèse :

MM. DE ROUVILLE, prof., <i>président</i> .	MM. FORGUE, professeur.
CARRIEU, professeur.	PUECH, professeur-adjoint.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

Ce travail est dédié :

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
LE DOCTEUR J. ARRIVAT

*Brusquement emporté par une infection contractée
au lit du malade. Il fut notre premier et meilleur
maître. L'exemple de sa droiture, de son énergie
et de sa bonté restera toujours gravé dans notre
esprit, et nous tâcherons de prendre sa vie comme
modèle de la nôtre.*

A MA MÈRE
A MES FRÈRES ET A MES SŒURS

A MES PARENTS ET A MES AMIS

*A tous ceux qui, pendant notre vie d'étudiant ou de soldat,
aux heures joyeuses comme aux moments pénibles,
nous ont soutenu et réconforté par leur affection.*

M. ARRIVAT.

*Avant de quitter, avec le cœur plein de regrets, la Faculté
et les hôpitaux de Montpellier, nous adressons nos
remerciements à tous nos Maîtres, en particulier :*

A M. LE PROFESSEUR DE ROUVILLE

Qui a bien voulu présider cette thèse.

A MES MAÎTRES D'EXTERNAT

M. LE PROFESSEUR DE ROUVILLE

—	RAUZIER
—	VIRES
—	CARRIEU

A MES MAÎTRES D'INTERNAT

M. LE PROFESSEUR GAUSSEL

—	TRUC
—	FORGUE
—	DE ROUVILLE

M. ARRIVAT.

DES GRANDS

KYSTES HÉMATIQUES

PRIMITIFS DE L'OVAIRE

INTRODUCTION

Nous avons observé, pendant notre internat, plusieurs kystes hématiques primitifs de l'ovaire qui présentaient par leur constitution anatomique et leur histoire clinique une physionomie très spéciale et digne d'être décrite. D'autre part, en essayant de nous documenter sur cette question, nous avons été frappé de ne trouver dans la littérature médicale que des monographies anciennes, incomplètes et imprécises. Pourtant les observations isolées sont nombreuses.

A la suite de L. Tait, on s'habitua à considérer les hématocèles pelviennes et, en général, toutes les tumeurs sanguines du pelvis chez la femme comme le terme d'évolution d'une grossesse ectopique. Les chirurgiens laissèrent de côté pendant quelques années les autres causes d'hématocèles sur lesquelles Récamier, Bernutz, A. Guérin, Trousseau, Nélaton avaient trop insisté.

Aujourd'hui, l'extension de la chirurgie abdominale et la technique anatomo-pathologique ont fait reviser la théorie de Tait en ce qu'elle avait de trop absolu, et l'on a rendu aux hémorragies de l'ovaire en particulier l'importance qu'elles méritent dans l'étiologie des hémorragies intra-pelviennes.

Il faut ajouter que la connaissance anatomique de l'ovaire est d'acquisition relativement récente. Le fonctionnement du follicule de Graaf et des corps jaunes n'a été précisé que durant les dernières années : les travaux français de Prenant, Bouin, Villemin, Ancel, Dubrueil et Regaud y ont fortement contribué. Sur ces bases, la pathologie de l'ovaire s'est peu à peu édifiée, et le travail de nos maîtres MM. Forgue et Massabuau sur l'ovaire microkystique marque le début de cette période.

Ainsi s'explique l'imprécision dont s'entouraient encore jusqu'à ces derniers temps la description des ovarites hémato-kystiques à peine citées dans les ouvrages classiques comme cause d'hématocèle ou comme variété de l'ovarite microkystique. Nos recherches bibliographiques commencées bien avant la guerre, l'enquête que nous avons faite auprès de nos maîtres, MM. les professeurs de Rouville, Forgue et Tédénat, nous ont prouvé que les petits kystes hématiques de l'ovaire sont d'observation courante : il en existe de très nombreuses observations ; le seul travail de Martin est basé sur 132 cas. Il sont bien différents des hématomes secondaires par hémorragies intra-kystiques, torsion des kystes mucoïdes, dégénérescence hémato-kystique des tumeurs ovariennes. Dans la plupart des observations, ils sont de petit volume et ne se décèlent que par leur complication habituelle, la rupture intra-péritonéale avec inondation. La variété que nous avons l'intention de décrire est celle des kystes primitive-

ment hématiques qui, par leur augmentation de volume, ont acquis une individualité anatomique et clinique ; ils sortent du cadre des salpingo ovarites banales, ils sont perceptibles cliniquement par le toucher vaginal. Il est difficile de limiter notre cadre d'une façon précise. C. Daniel appelle grands kystes hématiques ceux qui dépassent le volume d'une tête d'enfant. Notre description sera plus large et visera les kystes hématiques cliniquement appréciables ; nous croyons pouvoir affirmer que les tumeurs du volume d'un œuf de poule ou même de pigeon entrent dans notre cadre et peuvent être diagnostiquées. Ces kystes volumineux ont reçus des dénominations diverses, ils sont loin d'être aussi fréquents que les petits hématomes. Nous rapportons plus loin la plupart des observations que nous avons pu recueillir.

HISTORIQUE

Il ne faut pas remonter très loin dans l'histoire médicale pour rencontrer les premières observations d'ovaires hémorragiques. Au début, on signale de-ci de-là quelques cas qui sont découverts au hasard des autopsies ; c'est à ce titre que nous devons citer les faits publiés en 1819 dans le *Journal d'Hufeland*, en 1827 à la Société anatomique ; Hirtz (1841), Chereau (1844), de Mussy, Depaul (1847), Rickards (1848) apportent de nouveaux faits isolés, publiés comme raretés et dont l'importance est méconnue.

C'est en 1851 que s'ouvrent en France les grandes discussions sur la pathogénie de l'hématocèle pelvienne ; autour de chaque fait nouveau s'organisent des théories différentes. Du milieu de ce chaos, émerge la théorie ovarienne soutenue par Récamier, Bernutz, A. Guérin et surtout par Nélaton et la thèse de son élève Vigues.

La question est posée, mais on ne précise pas la forme de ces hémorragies. Laugier, dans un mémoire (1855), se range à cette théorie ovarienne. Ch. Robin (1856), dans un important travail, étudie les hémorragies de de l'ovaire normal et pathologique. Il décrit pour la première fois les hémorragies multivésiculaires ordinaire-

ment sous la dépendance de l'ovarite sclérokystique. Puech (1858) énumère les différentes formes que peut revêtir l'hémorragie ovarienne et apporte les premiers faits précis de kystes hématiques à grand volume. Il faut arriver au mémoire fondamental de Bœckel (1861) pour trouver des observations bien nettes et un exposé pathogénique qui aujourd'hui encore est resté admis. Les grands kystes hématiques entrent dans le cadre nosologique et le nom de Bœckel mériterait de rester attaché à la variété que ce chirurgien a décrite en raison de la netteté de son étude qui est encore un des meilleurs travaux parus sur cette question.

A partir de ce moment, le nombre des publications et des faits cliniques augmente sensiblement. Le mémoire de Léopold et celui de Martin basés sur un grand nombre de cas sont très importants. La thèse de Rollin, les articles de Caresme, Veit, Noggerath, Hunter, apportent de nouveaux et nombreux faits. Dès lors les observations abondent, mais on ne trouve pas de monographies précises. Les articles de C. Daniel, Hedley, Jayle, Pillet, Pottier, Charrier, la thèse de Vigneau et Boudey, le mémoire de Dartigues et Johannidès, la thèse de Chassat, ainsi que les nombreuses publications au sujet de l'ovarite scléro-kystique relatent des observations, mais n'indiquent aucun fait nouveau important.

Si l'on consulte les ouvrages classiques, on trouve peu de renseignements sur les grands hématomes. Pozzi les cite au chapitre des oophoro-salpingites. Bonnet et Petit indiquent brièvement mais clairement les caractères des ovarites hémato-kystiques et le développement des grands kystes hématiques. Courty les passe sous silence. Segond (Duplay et Reclus) leur reconnaît un inté-

rêt anatomo-pathologique. Le Dentu et Bonnet décrivent les kystes de Bœckel. Labadie, Lagrave et Legueu admettent les différentes variétés signalées par Petit. Faure et Siredey, Barozzi sont muets. Le récent traité de Forgue et Massabuau énumère les différentes variétés d'ovarites hématokystiques et parmi elles les kystes ménorragiques de Bœckel.

ÉTIOLOGIE

Les kystes hématiques primitifs de l'ovaire s'observent aux âges qui correspondent à la période d'activité génitale, c'est-à-dire, en général, de quinze à vingt ans. Il existe pourtant des faits observés aux deux pôles de la vie, chez les femmes ménopausées (Tuffier), et chez les enfants nouveau-nés (Schultze et Revel, cité par Tate). Les causes invoquées sont très nombreuses et nous les rangerons sous trois chefs, sans nous préoccuper de leur mode d'action étudié plus loin.

1° *Maladies générales.* — Les maladies infectieuses, les intoxications, les auto-intoxications, les maladies aiguës ou chroniques agissant sur la crase sanguine ont été retrouvées au début de certains kystes hématiques : typhoïde, scarlatine, diphtérie, choléra surtout, chlorose, cardiopathies, maladies du foie (Fränkel, Dopter, Russ, Slavjanski), empoisonnement par le phosphore et brûlures (Winckel), purpura (Kramer), scorbut (Wirschoff et Olshausen), ostéomalacie (Veletz, Fehling, Orthmann). Cette étiologie est peu importante ; elle cause surtout les petits hématomes multiples ou diffus.

2° *Affections de l'appareil génital.* — Dans presque tous les grands kystes, on retrouve des infections de l'appareil génital. Les salpingo-ovarites et pelvi-péritonites sont une des causes les plus importantes des kystes à grand développement. Sur le nombre de nos observations, il n'en est pas plus de deux ou trois où l'on puisse éliminer les infections annexielles. Parmi celles-ci, l'ovarite scléro-kystique est une des causes les plus fréquentes.

L'influence des fibromes est signalée par Lacouture Pollosson, Pauchet, Blanc-Perduet. La fibromatose agit en augmentant la congestion pelvienne. En dehors des fibromes nettement signalés, on a parfois simplement noté une forte augmentation du volume de l'utérus.

Dans un seul cas de Vigneau, on vit un hématome ovarien se produire pendant la grossesse.

Il faut encore citer l'œdème de l'ovaire, le varicocèle pelvien, les déviations utérines; nous aurons à revenir sur quelques-unes d'entre elles à propos de la pathogénie. Rouffart et Delporte ont publié une observation d'hématome volumineux coïncidant avec une malformation utérine (utérus bicorne unicervical). Dans une observation de Tédénat, il y a en même temps des lésions de l'appendice.

Causes occasionnelles. — La cause occasionnelle est, dans 25 pour 100 des cas, la congestion produite pendant la période menstruelle. Parmi les causes susceptibles de l'augmenter, il faut citer: les excès de coït signalés par Pollard, Pottier, Vigneau; les excitations génitales durables et violentes rapportées par Martin; les fatigues pendant la période menstruelles (cheval, bicyclette, tennis); les bains chauds ou froids (Martin).

Les traumatismes chirurgicaux augmentent aussi la congestion pelvienne : curettage, réduction de déviations (Vigneau), hystéropexies.

Les cysthématomes menstruels post-opératoires se produisent, en général, après hystérectomie ; mais, dans le cas que nous avons observé, un cysthématome évolua après une simple hystéropexie. Dans un autre cas, l'ovaire, laissé *in situ*, avait subi des manipulations assez violentes : il avait été amené au contact de la trompe du côté opposé (Gery et Vignes).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Il est regrettable que beaucoup d'observations ne soient pas complétées d'examens histologiques ; au surplus, dans un certain nombre de cas, il semble que l'on se soit contenté uniquement de rechercher par le microscope l'absence des éléments qui indiquent la grossesse. Mais nous possédons un certain nombre d'examens complets très démonstratifs. Nous ne séparerons pas dans cette étude les kystes hématiques primitifs des cysthématomes menstruels post-opératoires : ces derniers ne sont qu'une forme clinique spéciale des premiers.

I. — ANATOMIE MACROSCOPIQUE

L'aspect de la tumeur est en général celui des annexites volumineuses ou d'une grossesse tubaire. Tout dépend du volume. Parfois, le ventre étant ouvert, on trouve le petit bassin bloqué par de volumineuses masses qui encadrent, refoulent et immobilisent l'utérus. Ces masses irrégulières, multilobées quelquefois, d'aspect tantôt fibroïde blanchâtre, en d'autres points bleuâtres, laissant voir le sang par transparence, sont recouvertes de pro-

ductions membraneuses en relation avec les réactions péritonéales qui ont accompagné l'évolution de la tumeur. L'intestin ou l'épiploon (Tédénat) peuvent lui être plus ou moins intimément soudés.

D'autres cas se présentent autrement : sur un côté de l'utérus on aperçoit une tumeur fixée par des adhérences légères ou même tout à fait libre, d'aspect régulier et lisse, de coloration bleuâtre. Tous les intermédiaires existent entre ces cas ; l'aspect de la tumeur à l'ouverture du ventre n'est pas caractéristique, et ce n'est qu'avec les pièces en mains qu'on peut en établir l'identité. L'examen macroscopique de la pièce n'est même pas caractéristique, et on ne peut souvent pas préciser si l'hématome est développé dans l'ovaire ou dans une loge du péritoine pelvien. Il est un type que nous n'avons pas retrouvé, c'est le type pédiculé, exception faite pour les hémorragies dans les kystes mucoïdes qui n'entrent pas dans le cadre de notre travail.

Le volume est variable. Nous n'avons pas cru devoir fixer le volume minimum et, pour limiter le cadre de notre étude, nous nous sommes tenu aux signes cliniques. Nous avons ainsi éliminé les observations rapportant des tumeurs de volume inférieur à celui d'un œuf de poule ; au-dessous de ce volume, les kystes hématiques, généralement multiples, ne se différencient pas de l'ovarite sclérokystique. Dans certains cas, la poche arrive à des dimensions considérables : elle contient quatre litres dans le cas de Bœckel ; un litre et demi (Bauby et Castan) ; elle a le volume d'un utérus gravide de six mois (Mériel) ; d'une tête d'enfant (Sœnger) ; d'un poing d'adulte (Malherbe). Les cas moyens sont plus fréquents, et dans la plupart des observations nous trouvons, comme terme de comparaison, les dimensions d'une orange (Violet et Alamartine),

d'une pomme, d'un œuf de din de (Largeau), d'un œuf de poule. Dans l'observation personnelle que nous rapportons, la masse annexielle était aussi grosse qu'une tête de fœtus à terme ; dans celle de Delmas et de Rouville, les kystes avaient la grosseur d'un poing d'adulte et d'un gros œuf.

Le nombre est un caractère très important. Les petits kystes sont nombreux dans chaque ovaire ; les gros kystes formés par l'apport dans la poche commune du contenu des petits hématomes sont uniques en général ; sur certaines pièces, ce mode d'accroissement est pris sur le vif. Nous renverrons aux figures de notre travail paru dans les *Archives d'obstétrique et de gynécologie* (De Rouville et Arrivat). Le processus y est clairement indiqué.

La bilatéralité est un caractère très important. Elle est signalée dans beaucoup d'observations ; elle est un facteur de difficulté opératoire. Elle s'explique très bien, car les mêmes influences pathogéniques s'exercent sur les deux ovaires. On trouve parfois un gros kyste hémattique et des petits kystes hémattiques du côté opposé ; d'autres fois, les tumeurs bilatérales sont très volumineuses. Pour Baker, la bilatéralité serait constante ; pour Castan et Bauby, les deux ovaires sont « souvent atteints de la même lésion ». D'après les observations que nous avons pu recueillir, la bilatéralité est presque aussi fréquente que l'unilatéralité.

La situation des kystes hémattiques par rapport à l'utérus est variable.

Le plus souvent développés au niveau de la loge ovarienne normale, les kystes hémattiques finissent par tomber dans le cul-de-sac de Douglas où nous les trouvons, dans la moitié des cas, fixés par de fortes adhérences. Nous n'avons pas retrouvé la position antéutérine. Par contre, dans un nombre de cas importants, la

tumeur a gardé sa position juxta-utérine, tantôt bien séparée de l'utérus, d'autres fois simplement distincte par un sillon plus ou moins profond. Nous avons aussi retrouvé dans notre observation personnelle des kystes en position haute paraissant surplomber le dôme utérin.

L'inclusion ligamentaire paraît fréquente à la lecture des observations ; il semble que souvent les adhérences péritonéales enfouissent le kyste dans un dôme fibreux qui en impose par l'inclusion ligamentaire : c'est une pseudo-inclusion. Nous avons pourtant vu des observations qui signalent l'inclusion vraie, le développement de l'hématome entre les feuilletts du ligament large.

Le contenu des kystes est quelquefois du sang pur comme nous le trouvons indiqué dans l'observation de Albertin rapportée par Tartansson. Ordinairement, ce sont des caillots plus ou moins anciens, liquides ou semi-liquides vers le centre de la poche ; ils sont solides sur les parois et contribuent par leurs couches fibrineuses à en augmenter l'épaisseur. Dans beaucoup de cas, le liquide central a fini par prendre l'aspect du chocolat cuit que l'on retrouve dans un grand nombre d'observations.

La paroi du kyste peut affecter deux types très différents et inégalement signalés. Rarement on signale une paroi très amincie lisse, à l'extérieur. En règle presque générale, les examens de pièces opératoires indiquent une épaisse coque, d'aspect irrégulier et fibreux à l'extérieur à cause du processus d'inflammation péritonéale ; irrégulière et tomenteuse à l'intérieur. Sur cette face intérieure s'ouvrent des diverticules indiquant nettement que l'hématome s'est accru par apports successifs. Ces diverticules peuvent donner par leur volume un aspect multiloculaire et même caverneux. Enfin, on trouve

d'autres fois, dans cette paroi, des follicules non rompus, des corps jaunes comprimés par le tissu fibreux. Dans certains cas, on peut reconnaître en certains points, à l'œil nu, l'aspect jaunâtre et festonné du corps jaune indiquant qu'il s'agit de kystes du corps jaune.

Dans les cas où la malade est opérée au moment de la rupture du kyste, on trouve, comme dans la rupture de grossesse tubaire, un petit bassin plus ou moins encombré de sang frais et de caillots. Dans une observation de Sœnger, il fallut quinze litres d'eau pour nettoyer le péritoine pelvien. Le kyste ou l'un des kystes montre presque toujours un orifice bouché par un caillot et par où s'est faite l'inondation péritonéale. C'est généralement le plus petit kyste qui a donné l'hémorragie.

L'hémorragie consécutive à la rupture peut se faire aussi exceptionnellement entre les feuillets du ligament large.

Au voisinage du kyste, on trouve des lésions plus ou moins étendues aux organes du petit bassin.

Nous avons signalé déjà les adhérences et les lésions de pelvipéritonite ; dans un cas de Tédénat, il fallut réséquer un bloc épiploïque adhérent.

L'utérus présente fréquemment des lésions de métrite ; il est gros, en général. La dégénérescence fibromateuse est fréquente.

Les trompes sont enflammées, allongées, sinueuses, congestionnées. Leurs rapports avec le kyste sont très variables. Tédénat a vu un petit pyosalpinx coexister avec un hématome ovarien.

Il faut encore signaler comme lésion fréquente le varicocèle pelvien, facteur pathogénique sur l'importance duquel nous insisterons.

II. — EXAMEN HISTOLOGIQUE

Autant d'examens, autant à peu de choses près d'aspects histologiques.

1° LE REVÊTEMENT INTERNE. — a) *Kystes sans revêtement épithélial*. Le revêtement épithélial manque complètement ou peut être simplement soupçonné par quelques rares cellules disséminées de loin en loin au niveau de la surface interne de la cavité. Même dans ces cas, on a signalé presque toujours des cellules lutéiniques plus ou moins abondantes en traînées ou en amas, sans aspect de corps jaune. On retrouve cette organisation dans les cas de P. Petit, Pollosson, Howard, Kelly, Cochard. Dans l'observation de Paucot et Debeyre, c'est un revêtement de tissu granuleux qui tapisse la cavité et que l'on pourrait comparer aux aspects que prennent par dégénérescence les cellules lutéiniques (Forgue et Massabuau).

Rouffart et Delporte signalent une paroi de consistance cartilagineuse.

Dans cette catégorie des faits, il est rare que l'on ne retrouve pas des éléments cellulaires qui rappellent l'angine folliculaire ou lutéinique.

b) *Kystes folliculaires*. — La paroi est tapissée intérieurement par une couche discontinue de grosses cellules épithéliales folliculaires. Le revêtement intérieur n'a été observé que dans un seul cas par Sœnger : le follicule hémorragique s'était laissé distendre et avait atteint, sans se rompre, le volume d'une tête d'enfant. Le revêtement interne peut s'observer sous forme de plages

séparées par des espaces plus ou moins grands. En général, on voit par places des follicules hémorragiques qui se sont ouverts dans la cavité principale ou qui sont sur le point de s'ouvrir. Cet aspect est d'une netteté saisissante dans les figures qui accompagnent notre travail (De Rouville et Arrivat).

c) *Kyste des corps jaunes. Kystes lutéiniques.* — Les kystes développés dans le sein des corps jaunes ou des kystes lutéiniques issus de l'atrésie folliculaire sont les plus rares. Sur 15 observations accompagnées d'examen histologique précis, deux seulement signalent cet aspect. Mais, par contre, la présence de cellules lutéiniques dans la paroi du kyste est un fait d'observation courante.

2° LES PAROIS DU KYSTE. — En dehors de ce revêtement si changeant, la paroi du kyste est formée, en général, de deux zones bien différentes.

Du côté de son pôle libre, la paroi contient presque uniquement des éléments conjonctifs organisés en tissu fibreux. L'origine de ce tissu est dans les adhérences péritonéales qui ont épaissi la paroi par couches successives. Ce tissu fibreux présente fréquemment l'aspect inflammatoire.

Au contraire, vers le pôle opposé et vers l'équateur du kyste, la couche interne est doublée de tissu ovarien que l'on reconnaît nettement et qui présente des lésions variées.

a) *Développement du réseau vasculaire.* — Il est signalé dans un très grand nombre d'observations. De Rouville et Delmas observent ces vaisseaux très dilatés, surtout au voisinage du kyste et qui finissent par s'ouvrir dans la

cavité ; vaisseaux dilatés et ceintures périkystiques (Leriche et Blanc-Perduet) ; tissu hémolymphangioma-teux (de Rouville, Cornil, Markwald, Gottschalk) ; couche interne très vasculaire (de Rouville et Arrivat).

b) *Follicules atrétiques et traînées lutéiniques.* — Dans la paroi du kyste, on a observé fréquemment des follicules étouffés par le tissu conjonctif. Quantité de follicules n'évolueront pas vers la ponte ; ils font déjà des hémorragies dans leur cavité. Ces lésions s'accompagnent d'amas lutéiniques dans les mailles du stroma conjonctif. Elles sont à peu près constantes.

c) *Lésions inflammatoires du stroma ovarien. Lésions de vaisseaux et des nerfs* (De Rouville et Arrivat : thromboses). *Infiltration de cellules embryonnaires* (De Rouville).

En somme, l'anatomie pathologique des grands kystes hématiques de l'ovaire est dominée :

1° Par les lésions inflammatoires des annexes et de l'ovaire qui font au kyste une coque résistante ;

2° Par l'hyperplasie des vaisseaux du tissu ovarien ;

3° Par la présence de nombreux follicules atrétiques et kystes lutéiniques dans lesquels se fait presque toujours l'hémorragie primitive ;

4° L'étude des observations que nous avons pu recueillir semble indiquer la très grande rareté des apoplexies en plein stroma.

PATHOGÉNIE

Avant d'entrer dans l'étude pathogénique des kystes hématiques primitifs à grand développement, il est intéressant de passer en revue les diverses explications données par les auteurs qui ont écrit sur cette question.

1° *Revue critique des différentes théories pathogéniques.* — Robin avait bien étudié les phénomènes de la ponte ovulaire. Trousseau, dans sa clinique sur l'hématocèle pelvienne, attribue l'épanchement sanguin à l'exagération de l'hémorragie normale de la ponte.

C'est la même explication qui est donnée par Puech : cette hémorragie peut rompre l'ovaire d'emblée et faire une hématocèle ou bien s'épancher à l'intérieur de l'organe.

Bœckel pensait que l'hémorragie de rupture du follicule de de Graaf ne pouvant, dans certaines conditions pathologiques, s'écouler dans la trompe et à l'extérieur, était retenue au niveau de l'ovaire (kyste ménorragique) ou s'écoulait dans le péritoine.

Rollin incrimine lui aussi l'hémorragie folliculaire augmentée pathologiquement. Et il attribue les phénomènes d'augmentation de volume du kyste à la sclérose

ovarienne ou à l'ovarite qui empêchent la déhiscence folliculaire.

Boudey admet deux mécanismes : hémorragie dans des vésicules que la sclérose empêche de se rompre (salpingo-ovarite, diathèse scléro kystique), congestion ovarienne.

Gottschlalk émet l'hypothèse d'une menstruation ovarienne vicariante quand la menstruation externe n'a pas lieu.

Pottier croit aussi à une exagération par excès de l'hémorragie normale de la ponte à chaque menstruation.

Constantin Daniel est du même avis et pense que les kystes volumineux sont produits par la réunion des petits hématomes folliculaires. Tartanson, se basant sur les cas de Cornil, Markwald, Gottschlalk, de Rouville, cite comme facteur le développement des vaisseaux de l'ovaire multipliés et dilatés formant de véritables ceintures autour des follicules.

Pour Dartigues et Johannidès, la congestion menstruelle amène chaque mois des apoplexies dans les follicules et kystes préexistants. Ces apoplexies s'accumulent et finissent par donner de grosses tumeurs.

En somme, on retrouve, dans tous ces travaux, plusieurs éléments pathogéniques d'importance différente : exagération de l'hémorragie de rupture du follicule de de Graaf, lésions de l'ovaire empêchant la déhiscence des follicules ; hyperplasie vasculaire de l'ovaire. Nous étudierons d'abord la ponte ovulaire normale et nous passerons ensuite en revue ces différents facteurs.

2° *La ponte ovulaire et l'atrésie folliculaire.* — L'évolution du follicule de de Graaf est aujourd'hui parfaitement connue. Ils existent dans l'ovaire en nombre déterminé à l'état de follicules primaires. A moment donné, sous l'in-

fluence de causes qui nous échappent. les follicules primaires vont évoluer et se transformer en follicules adultes qui, peu à peu, repoussant leurs congénères moins avancés, arrivent au niveau de la surface ovarienne. Ils comprennent à ce moment, de dedans en dehors, une couche de cellules épithéliales qui renferme l'ovule dans un épaissement, une vitrée, une couche conjonctive très différenciée divisée en deux lames, la thèque interne formée de tissu conjonctif lâche, très richement vascularisé, qui contient les cellules interstitielles de l'ovaire ; la thèque externe formée de tissu conjonctif modelé qui a déjà l'aspect d'une membrane fibreuse.

Le follicule contient un liquide sous pression.

La ponte ovulaire est le phénomène par lequel l'ovule, ayant subi les phénomènes de la maturation, s'échappe du follicule déhiscent. Les phénomènes de la rupture du follicule sont aujourd'hui bien connus. Elle se produit chez les animaux au moment du rut ; chez la femme, elle précède la menstruation ; les travaux de Fraenkel, Prenant et Bouin, Sobotta ont bien précisé ce point de physiologie ; la thèse de Finot contient une excellente revue critique des doctrines sur l'ovulation. Dans son évolution migratrice vers la surface de l'ovaire, le follicule mûr, peu de temps après sa rupture, finit par faire saillie et apparaître à travers l'épithélium ovarien aminci. A ce moment, les vaisseaux sanguins restent très abondants au niveau du pôle profond et de l'équateur, mais ils disparaissent presque complètement au niveau du pôle extérieur. En sorte que ce pôle extérieur, aminci, mal irrigué, plus fragile, se rompra facilement. La plupart des auteurs admettent qu'au moment de la rupture du follicule, l'ovule est entraîné avec la liqueur folliculaire et une partie des cellules de la couche granuleuse ; d'au-

tre part, il est vraisemblable qu'il se produit dans la cavité folliculaire une petite hémorragie sur laquelle on avait édifié la pathogénie des kystes hématiques folliculaires. On trouve même, dans l'article de Rieffel du *Traité d'anatomie* de Poirier, que cette hémorragie peut amener la mort par son exagération. En réalité, il semble que l'hémorragie normale de la ponte est d'abondance négligeable, car la région du follicule, siège de la rupture, est devenue avasculaire par compression ; d'après Renaut, au niveau du stigma, la thèque interne n'existe plus. On trouve, au contraire, dans le traité de Prenant et Bouin qu'après la rupture, le follicule est « une cavité de 2 cm. à 2 cm. et demi de diamètre remplie de sang frais ». Cette hémorragie ne se manifeste pas par des signes extérieurs. Après la ponte, le follicule se transforme en corps jaune.

Depuis le travail de Forgue et Massabau, on sait que le follicule, au lieu d'arriver à maturation et de perdre son ovule, peut évoluer vers l'atrésie. Le follicule en voie d'accroissement est dévié de son but ; l'ovule est séparé de sa granuleuse ; les cellules lutéiniques de la thèque interne envahissent prématurément la cavité folliculaire. Il ne s'agit plus ici de corps jaunes ; ce sont des kystes lutéiniques qui ont été parfaitement étudiés au point de vue pathogénique et histologique par Forgue et Massabau. Ces auteurs ont montré surtout la vascularisation intense de cette couche de cellules lutéiniques, vascularisation qui va jusqu'à la production d'hémorragies interstitielles. Ces kystes lutéiniques présentent notamment une paroi interne d'aspect très variable, habituellement composée de cellules éparses, granuleuses, hyalines, rarement lutéiniques. Ces lésions ont été retrouvées

dans les vingt-trois ovaires examinés par Massabuau.

En résumé, l'évolution normale du follicule graafien aboutit à la rupture avec une hémorragie très peu abondante et à la formation d'un corps jaune.

L'atrésie folliculaire prématurée aboutit au contraire à la formation de kystes lutéiniques remarquables par l'intense vascularisation de leur paroi. Et la paroi de ces kystes, comme l'indiquent Forgue et Massabuau, ne présente pas l'aspect plissé et caractéristique du vrai corps jaune.

Il apparaît donc que les hémorragies accompagnant la ponte ovulaire normale, même exagérées par les différentes causes de congestion ovarienne, doivent causer bien rarement des productions hématokystiques de l'ovaire.

3° *La richesse vasculaire de l'ovaire.* — Tous les histologistes ont signalé la richesse du réseau vasculaire de l'ovaire. Les vaisseaux du bulbe offrent déjà un développement que l'on rencontre dans peu de glandes de l'économie. Ils sont très nombreux, sinueux, décrivant des courbes hélicines, ils se terminent par de riches réseaux capillaires. Ils forment autour des ovisacs en voie de maturation des formations d'aspect caverneux (Renaut). Dans l'atrésie prématurée du follicule, leurs anses néoformées envahissent les travées de thecaluteinzellen et elles présentent la délicatesse et la fragilité des néoformations vasculaires. On a vu d'ailleurs que les kystes hématiques se rencontrent plus fréquemment chez les femmes atteintes d'ovarite sclérokystique. Par ailleurs, dans plusieurs de nos observations, l'examen histologique a nettement fait mention de cette vascularisation si riche : elle est comparée à un tissu hémoly-

phangiomateux dans le cas de M. de Rouville ; ce sont des ceintures vasculaires pérykystiques dans le cas de Leriche et Blanc-Perduet ; vaisseaux très dilatés au milieu de travées lutéiniques dans le cas de de Rouville et Delmas.

Ainsi, autour du follicule mûr comme autour du follicule atrophique, et de même dans les travées du vrai corps jaune (Renaut, Rieffel, Prenant et Bouin) le réseau vasculaire est très serré et explique la production facile des hémorragies.

4° *Les facteurs de congestion ovarienne.* — Ce réseau anormalement dilaté et particulièrement friable est soumis aux afflux sanguins les plus intenses que puisse réaliser notre économie. L'ovaire normal, au moment de la ponte devient rouge foncé (Rieffel). C'est un fait indiscutable. D'autres causes de congestion peuvent agir : congestions dues aux phlegmasies locales, œdème de l'ovaire, salpingo-ovarites, métrite, fibromes, varicocèle pelvien, déviations utérines, — congestions réflexes par excitations sexuelles exagérées, fatigues — congestions d'ordre général. Qu'elles agissent en s'ajoutant à la congestion menstruelle ou séparément, on conçoit l'action que peuvent avoir ces congestions sur un réseau vasculaire tel que celui de l'ovaire.

Matrochin a réalisé des kystes hématiques par ligature du mésovaire.

5° *Accroissement des kystes hématiques.* — Les lésions préexistantes des annexes. — Soumis à une pression intense, les parois du kyste vont éclater ; c'est ce qui arrive habituellement. Pourtant, Sœnger a observé un kyste hématique folliculaire développé dans un follicule non éclaté.

En général, pour que le kyste hématique puisse s'accroître et arriver à un grand développement, il est nécessaire que ses parois aient leur résistance augmentée. Normalement, l'ovaire est limité par un épithélium différent du revêtement péritonéal ; cet épithélium n'est pas résistant, et Rieffel s'élève contre la dénomination d'albuginée, que lui ont attribué quelques auteurs : c'est ce qui explique la rupture très fréquente des petits kystes hématiques. Mais l'augmentation de résistance du tissu ovarien est réalisée :

1° Par les inflammations ovariennes et périovariennes : sclérose ovarienne, pelvipéritonite, etc.

2° Par l'ovarite microkystique qui sclérose sur le tissu conjonctif périfolliculaire (Rokitansky, Pilliet, Frankin).

Il existe un deuxième facteur d'accroissement des kystes hématiques de l'ovaire ; c'est la réunion à la cavité principale de petits kystes voisins. Le processus hémorragique se produit généralement dans plusieurs cavités qui finissent par devenir confluentes. Un grand nombre d'observations rapportent ce fait ; on le trouvera nettement représenté dans une figure de l'observation que nous avons publiée avec M. de Rouville ; cette figure montre un follicule hémorragique s'ouvrant dans la cavité kystique. Cet accroissement par l'apport successif des nouvelles hémorragies folliculaires est d'un grand intérêt pathogénique à cause de sa fréquence. Il est signalé dans un quart des observations que nous rapportons.

En résumé :

1° L'hémorragie de la ponte ovulaire est insuffisante à expliquer la formation des kystes hématiques de l'ovaire.

2° Les kystes hématiques de l'ovaire reconnaissent

trois facteurs pathogéniques dont l'importance varie suivant les cas :

a) Développement exagéré du réseau vasculaire ovarien déjà très riche à l'état normal (phlegmasies pelviennes, ovarite et surtout ovarite à petits kystes).

b) Troubles par exagération de la congestion ovarienne.

c) Lésions qui augmentent la résistance du stroma ovarien : sclérose ovarienne, péritonite pelvienne.

ETUDE CLINIQUE

Il est difficile d'établir un tableau clinique des kystes hématiques primitifs ; car les symptômes sont disparates et de plus, dans la plupart de nos observations, il y a une grande part d'imprécision. C'est que très souvent l'hématome n'a pas été diagnostiqué, d'autres fois il n'a même pas été soupçonné et il n'est relaté qu'à titre de trouvaille d'autopsie.

En dehors de la symptomatologie générale des salpingo-ovarites qui précède et souvent étouffe celle du kyste hématique, il existe un petit nombre de symptômes qui peuvent attirer l'attention et conduire au diagnostic.

1° Il est très important de constater que l'hématome primitif de l'ovaire se présente dans presque tous les cas chez des femmes qui ont un passé génital. Les observations où ce passé n'existe pas sont exceptionnelles. Il est variable ; dans la moitié des cas, les femmes ont présenté le syndrome bien connu aujourd'hui de l'ovarite sclérokystique : règles abondantes depuis la puberté, dysménorrhée, douleurs pelviennes irrégulières et d'intensité très variable, troubles nerveux, ovaires douloureux à la palpation, perceptibles, mobiles. Très souvent aussi l'hématome ovarien a été précédé par des crises

violentes d'annexite avec pelvipéritonite. On trouve d'autres fois un utérus fibromateux ou de véritables fibromes. Les signes de ces affections utéro-annexielles contribuent à effacer et à faire méconnaître les premières manifestations de l'hémorragie ovarienne.

2° Crises douloureuses. Elles constituent l'un des meilleurs symptômes. Elles sont caractérisées par un début brusque comme celui des perforations viscérales intra-péritonéales. La douleur est intense, elle peut aller jusqu'à la lipothymie (de Rouville et Arrivat) ; il est bien plus rare que la douleur soit de faible intensité. Elle s'accompagne de phénomènes de défense ; mais on n'observe pas la réaction intense des inflammations péritonéales ; il n'y a pas de vomissements ; la température ne s'élève pas ou très rarement ; Charrier a cité une petite poussée fébrile accompagnant la crise. Cette crise est généralement de faible durée ; en quelques jours les choses rentrent dans l'ordre et la malade peut reprendre ses occupations. Il ne lui reste de sa crise qu'une douleur sourde, irradiée du côté des reins, des cuisses ou de l'anus. Tel est le tableau moyen qui se retrouve presque toujours et qui comporte des variantes étendues. On a observé aussi de fortes crises avec signes d'hémorragie interne ; c'est l'exception.

Pendant la crise apparaît habituellement un écoulement sanguin de faible abondance qui fait penser à une grossesse extra-utérine. Ces crises sont dues à la réaction du péritoine pelvien au moment de l'augmentation de volume de la poche ovarienne. Il est exceptionnel qu'elles manquent complètement.

Elles se reproduisent à intervalles irréguliers ; quelle que soit leur durée, cette évolution par poussées successives est d'une haute importance, surtout quand elle coïn-

cide avec l'augmentation de volume cliniquement constatée de la tumeur ovarienne. Nous reviendrons sur ce signe.

Presque tous les auteurs depuis Bœckel, Rollin, Léopold surtout, Boudey, Pottier, Daniel, Charrier, ont insisté sur la coïncidence des crises avec la période menstruelle. Bœckel avait même fondé la dénomination de kystes ménorragiques sur cette coïncidence. Il ne faut pas s'exagérer l'importance de ce caractère, il est loin d'être constant ; nous l'avons retrouvé seulement dans 25 pour 100 $\frac{1}{2}$ de nos observations (Bœckel, Largeau, Léopold, Sænger, Rohé, Bouilly, Mériel, cas personnel).

Enfin, il arrive d'observer la suppression de ces crises pelviennes après qu'elles se sont répétées un certain nombre de fois (de Rouville et Delmas). Cet arrêt s'explique par le fait que la tumeur est isolée du péritoine pelvien par de nombreuses adhérences et que ses changements de volume n'entraînent plus de réaction. Souvent aussi, le kyste hématique après avoir atteint un certain volume ne grossit plus et reste stationnaire.

3° *Hémorragies.* — C'est un signe inconstant et très variable qui ne fournit aucun renseignement de valeur. En général, les crises douloureuses s'accompagnent d'un suintement sanguin. On a signalé de fortes ménorragies ; dans d'autres observations, l'évolution du kyste s'accompagnait d'aménorrhée ; on trouvera de très nombreuses variantes à la fin de ce travail dans le chapitre des observations.

4° *Tumeur ovarienne.* — Rarement perceptible par le palper abdominal (obs. III), la tuméfaction ovarienne peut toujours être décelée par le toucher combiné au

palper. Elle donne tantôt la sensation d'une petite masse juxta-utérine régulière et lisse (obs. I). Dans la majorité des cas, la tumeur ne peut être limitée; elle donne l'impression des annexites volumineuses; elle peut occuper la région latéro-utérine, ou bien plus souvent encore le Douglas. C'est donc une tuméfaction dure, immobile, douloureuse à la pression; nous n'avons trouvé dans aucune observation la sensation de mollesse et de rénitence des épanchements sanguins récents.

Deux signes paraissent très importants à la lecture des mémoires les mieux documentés, en particulier dans le gros travail de Léopold. C'est d'un côté l'apparition brusque au moment d'une période menstruelle; d'autre part, l'augmentation de volume par poussées successives correspondant aux crises menstruelles ou intermenstruelles. Ces signes sont difficiles à vérifier et inconstants. Dans plusieurs observations, on retrouve avec netteté la croissance de la tumeur par bonds correspondant aux crises pelviennes; ce fait est bien spécifié dans l'observation de Bœckel. Nous le retrouvons, d'ailleurs, dans l'observation I de Tédénat, dans celle de Mériel (obs. XII), de Rouville (obs. XVII), Léopold (obs. XIX, XX, XXI). La constatation de ces signes permettrait de faire le diagnostic.

5° D'autres symptômes sont plus rares et plus vagues. Nous citerons sous ce chef :

Des troubles nerveux variés depuis la simple irritation nerveuse jusqu'aux accidents névrosiques (Rohé, Edebohls);

Des phénomènes réflexes rappelant les petits signes sympathiques de la grossesse : ils ne sont pas douteux dans l'observation de Rouville et Delmas où l'examen

histologique a pourtant éliminé d'une façon certaine l'hypothèse de grossesse ovarienne.

L'évolution des kystes hématiques de l'ovaire se fait de façon variable. Tantôt l'accroissement lent de la tumeur arrive à un grand volume ; tantôt, à un certain moment, l'état devient stationnaire. D'autres fois, l'évolution est brusquement arrêtée par l'apparition d'une complication : rupture intrapéritonéale ou suppuration.

1° *Accroissement du kyste.* — Il se fait, comme nous l'avons montré, par poussées successives correspondant à des crises douloureuses menstruelles ou extra-mens-truelles. Il est rare que le volume devienne énorme. En général, quand le kyste a atteint un volume moyen, son accroissement devient très lent et finit par s'arrêter (De Rouville et Delmas). Rollin, Puech, Trousseau ont signalé cet arrêt à la ménopause.

2° *Rétrocession.* — Nous n'en connaissons que deux observations qui sont encore bien obscures. Elles ont été rapportées par Léopold ; elles ne reposent sur aucun contrôle anatomique ou chirurgical. Dans un des cas, après plusieurs poussées, la tuméfaction rétrocéda jusqu'à disparaître complètement ; dans le deuxième cas, après une évolution analogue, la rétrocession ne fut jamais complète, et il persista toujours une petite masse juxta-utérine.

3° *Rupture du kyste hématique.* On peut dire que c'est la complication du kyste hématique.

Elle est très fréquente pour les petits kystes hématiques ; la thèse de Rollin en apportait 52 cas ; l'article

de Martin est basé sur 132 observations ; Jayle en a publié 17 autres observations. De notre enquête, auprès de nos maîtres des hôpitaux de Montpellier, il résulte que la rupture des petits kystes hématiques est très fréquente ; les observations ne se comptent plus.

Dans les kystes à grand développement, la rupture est fréquente aussi ; nous la trouvons 15 fois sur 50, c'est-à-dire dans un tiers des cas. Il est à remarquer que ce sont les plus petits hématomes qui se rompent ; en effet, les grands hématomes enveloppés dans une épaisse coque fibreuse ne peuvent se rompre qu'exceptionnellement.

La rupture des kystes hématiques à grand développement se présente tantôt avec le tableau dramatique de l'inondation péritonéale ; d'autres fois, très souvent même, elle affecte le tableau clinique de l'hématocèle à répétition que Bernutz et Goupil avaient parfaitement tracé. Il s'accompagne quelquefois d'une petite métrorragie : c'est ainsi l'aspect clinique complet de la grossesse ectopique arrêtée dans son évolution par avortement ou rupture tubaire. Le diagnostic ne sera guère possible dans ces cas ; mais peu importe, l'indication thérapeutique est la même, quelle que soit l'origine de l'hémorragie interne.

A côté des cas habituels où la rupture du kyste hématique s'est faite dans le péritoine, signalons qu'elle peut se faire dans le ligament large, et il en résulte alors un hématome inclus. Elle paraît s'être faite à travers la paroi rectale dans un cas de Léopold.

4° Enfin, nous aurons terminé l'étude de ces complications lorsque nous aurons indiqué quelques faits peu précis, tous anciens, relatifs à la suppuration des kystes hématiques. Cette complication n'est pas étonnante si

l'on songe que les lésions infectieuses de l'ovaire, de la trompe ou même de l'appendice sont très voisines de l'hématome. (Observations de Tédénat : coexistence de kystes hématiques et de foyers purulents appendiculo-annexiels).

Nous avons trouvé 4 observations seulement de suppuration : celles de Luton, Léopold, Puech, Bœckel ; dans ce dernier cas, la suppuration était consécutive à des ponctions répétées ; dans le cas de Léopold, elle était survenue après ouverture du kyste dans le rectum. Dans les deux cas de Luton et de Puech, elle entraîna la mort par péritonite diffuse.

En dehors des cas où l'infection du kyste se fait par des germes apportés du dehors (Bœckel, Léopold), elle paraît se faire directement par contact des foyers annexiels ou par voie lymphatique.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des kystes hématiques serait relativement aisé si ce tableau clinique se présentait nettement ; mais dans presque tous les cas il est noyé au milieu d'une symptomatologie de salpingo-ovarite qui souvent précède l'apparition du kyste et en fait méconnaître l'évolution et le début. Les conditions pathogéniques sur lesquelles nous avons insisté font comprendre aisément cette coïncidence, en sorte qu'il est difficile de faire la part de l'hémorragie ovarienne dans le tableau si variable des annexites.

A notre connaissance le diagnostic précis n'a été fait que dans les cas de cysthématomes post-opératoires. On a

pensé le plus souvent à une grossesse ectopique, à un salpynx, à un fibrome enclavé (Pottier), à un kyste végétant (Bouilly).

a) *Grossesse ectopique*. — Elle diffère des kystes hématiques par les petits signes réflexes du début de la grossesse, par les modifications de l'utérus et des seins ; les règles sont abolies ; il n'y a pas de crises douloureuses. La tumeur juxta-utérine augmente de volume progressivement.

Lorsque la grossesse ectopique se termine par hémato-salpynx, par avortement tubaire, ou rupture, le tableau clinique ne diffère pas des ruptures d'ovaires hémato-kystiques.

L'écoulement utérin se compose de sang peu abondant, plus ou moins décoloré, accompagné de débris de caduque.

b) Les salpingites et en particulier les pyosalpynx, que l'on a confondu le plus souvent, donnent lieu à des crises de pelvipéritonite avec réaction péritonéale plus intense ; ces crises sont lentes à se refroidir ; l'examen montre un gros empâtement qui n'a pas été observé dans la plupart des cas de kyste hématique.

c) Les ovaires scléro-kystiques augmentés de volume sont généralement mobiles ; on peut les saisir entre la main abdominale et le doigt vaginal ; cette erreur de diagnostic est rare.

Il faut bien dire que, dans la plupart des cas, le diagnostic sera impossible ; on ne pourra que soupçonner le kyste hématique si l'attention est attirée de ce côté.

Dans deux variétés de cas, le diagnostic peut être fait :

c'est dans la forme ménorragique de Bœckel et dans les cysthématomes menstruels post-opératoires.

Du reste, le diagnostic précis n'a pas une importance absolue ; la grossesse ectopique, les hémorragies intrapéritonéales, quelle que soit leur origine, commandent une intervention immédiate ou une expectative armée. Les indications sont les mêmes en cas de grand kyste hématique ovarien.

Le pronostic dépend de l'intervention chirurgicale. Les observations récentes ne signalent pas de mortalité. Les cas de mort observés ont résulté de l'hémorragie interne ou de la suppuration. Les perfectionnements de la technique chirurgicale permettent de porter un pronostic favorable.

TRAITEMENT

Nous ne ferons qu'indiquer le traitement des kystes hématiques à grand développement.

La ponction du kyste est un procédé ancien, qu'aucun chirurgien ne voudrait employer de nos jours.

La colpotomie avec drainage serait indiquée dans le cas de kyste suppuré bombant dans le vagin.

La marsupialisation ne peut être qu'un procédé d'exception.

Dans tous les cas, avant toute complication, on fera l'extirpation du kyste. Les interventions économiques sont rarement indiquées en raison de la bilatéralité des lésions, des difficultés opératoires, des récidives possibles. Mais, quand elle est possible, la chirurgie économique donne de grandes satisfactions; on trouvera, plus loin, une observation du professeur Tédénat, où la malade a pu, après ablation d'un gros hématome, mener à bon terme une grossesse.

Malgré cela, dans la plupart des cas, la castration utéro-ovarienne est l'intervention de choix. La plupart des chirurgiens font l'hystérectomie subtotale. Les procédés américain et par section première du col (J.-L. Faure)

rendent de grands services dans les cas difficiles ; nous nous avons vu souvent employer le procédé Faure dans le service de notre maître M. le professeur Forgue, et nous avons été frappé de l'aisance qu'il donne. On trouvera ces procédés décrits tout au long, avec leurs variantes, dans tous les ouvrages de technique opératoire.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

(Inédite. Due à l'obligeance de M. le professeur Tedenat)

Hématome de l'ovaire droit du volume d'un gros œuf de poule. — Adhère-
rence avec l'appendice. — Ablation des annexes droites et de l'appendice.
— Conservation des annexes gauches non lésées. — Une grossesse menée
à bon terme quatre ans après. (Observation recueillie par le docteur Dusser.)

Mme Julie C..., 26 ans, entre à la clinique du professeur Tédé-
nat le 3 mai 1903. Rien à noter dans les antécédents familiaux.
Fièvre typhoïde peu grave à 15 ans. Réglée à 13 ans très régulière-
ment pendant trois ou quatre jours, sans leucorrhée notable. Mariée
à 22 ans. Accouchement normal à 24 ans. Quatre mois après l'accou-
chement, Mme C..., en pleine santé, sauf un peu de constipation,
est prise de douleurs dans le bas ventre, qui, après quelques heures,
se localisent dans la fosse iliaque droite et s'accompagnent de
vomissements, répétés deux fois. En trois jours, les douleurs se cal-
ment ; les règles surviennent huit jours plus tard et durent six
jours, plus abondantes qu'à l'ordinaire et avec quelques caillots.
Trois mois plus tard, crise péritonitique semblable, mais terminée en
deux jours. Depuis lors, la malade souffre de vagues douleurs
dans le bas ventre et la région sacrée. Elle consulte M. Tédénat le
15 mars 1903, qui constate une vague tumeur du volume d'une
orange à droite et en arrière de l'utérus, douloureuse à la pression.
Constipation tenace, dilatation du col utérin. L'utérus n'est pas

augmenté de volume, conserve sa direction, sauf un peu de latéroposition gauche. Les annexes gauches semblent normales. Après deux mois de repos, d'injections vaginales chaudes, d'enveloppements de Priesnitz, aucune amélioration ne s'est produite. Il y a dix jours (20 avril 1903), légère poussée péritonitique qui dure trois jours.

La malade entre à la clinique du professeur Tédénat le 3 mai 1903. La tumeur a le volume du poing. Son exploration est douloureuse. Les règles (25 avril) ont duré neuf jours.

6 mai. Anesthésie à l'éther par le docteur Dusser. Laparotomie médiane. La tumeur est constituée par les annexes droites auxquelles adhère l'appendice. Section de l'appendice à son origine sur le cæcum. Excision des annexes droites. Les annexes gauches absolument saines sont conservées. Suture de la paroi. Réunion immédiate. L'opérée quittait la clinique le 1^{er} juin. Depuis, guérison parfaite. Menstruation normale sans douleurs durant trois ou quatre jours ; plus de constipation. En septembre 1907, accouchement normal. Excellente santé.

L'examen des pièces enlevées montre : trompe un peu allongée sans occlusion du pavillon. L'ovaire a le volume d'une orange et présente un hématome du volume d'un gros œuf de poule, limité par du tissu scléreux, saillant à la face antérieure de l'ovaire et bordé à sa partie profonde par une bande plissée, épaisse de un à deux millimètres d'épaisseur suivant les points, et qui est un gros follicule. L'hématome est partie intra-folliculaire, pour la plus grande partie extra-folliculaire. Trois petits hématomes intra-folliculaires du volume d'un grain de raisin dans le reste de l'ovaire. La partie de l'appendice qui adhère fortement à l'ovaire a une longueur de 4 centimètres, a un aspect scléreux avec une petite cavité contenant quelques gouttes de pus.

OBSERVATION II

(Inédite due à l'obligeance de M. le professeur Tédénat)

Annexite bilatérale ancienne. — Hystérectomie subtotale. — Hématomes des deux ovaires. — Guérison

Marie D..., 34 ans. Trois poussées de rhumatisme articulaire aigu (15, 19, 21 ans), sans lésions du cœur.

Réglée à 15 ans régulièrement et abondamment, en moyenne pendant huit jours. Mariée à 22 ans. Accouchements très normaux et sans suites pathologiques à 24 ans, 27 ans. A l'âge de 28 ans, blennorrhagie communiquée par le mari. Trois poussées très nettes de pelvipéritonite (30 ans à 32 ans), obligeant chaque fois à plusieurs semaines de lit. La malade consulte M. Tédenat le 5 juin 1906. Elle souffre de façon habituelle dans le bas ventre, la région sacrée et lombaire. Les règles durent huit à dix jours, abondantes, douloureuses ; leucorrhée abondante. La défécation est souvent très douloureuse. Utérus en rétroversion légère, fixé. Les annexes sont augmentées de volume, douloureuses à l'exploration bimanuelle. Les injections chaudes, abondantes, les bains de siège sont employés depuis un an, sans résultats appréciables. La malade est condamnée à la chaise longue.

Le 1^{er} octobre 1906, la malade entre à la clinique du professeur Tédenat. Le 5 octobre, laparotomie. Hystérectomie subtotale, pénible par suite des adhérences des annexes. Il faut réséquer un bloc d'épiploon. Guérison sans incidents ; la malade quitte la clinique le 10 novembre 1906.

Examen des pièces. La trompe gauche est à l'état de pyosalpinx ; la droite a son pavillon partiellement oblitéré. L'ovaire gauche présente un hématome à la fois intra et extrafolliculaire, ayant 4 centimètres de long sur 3 de large, bordé de tissu scléreux, lequel est piqueté de petits foyers purulents. L'ovaire droit présente un hématome analogue à peine un peu moins volumineux et lui aussi en grande partie extrafolliculaire.

Dans les deux ovaires, petits hématomes intrafolliculaires du volume d'un grain de raisin. Ces deux ovaires sont entourés d'adhérences épaisses, leur corticale est régulièrement fibreuse avec de menus ilots jaunâtres, foyers purulents desséchés.

OBSERVATION III

(Personnelle)

(Service de M. le professeur Forgue. — Résumée)

Il s'agit d'une femme de 28 ans, sans antécédent génitaux, qui a fait à 20 ans une grossesse normale suivie d'un bon accouchement.

Cette malade entre à l'hôpital pour une crise pelvienne très douloureuse apparue quelques jours avant les règles, accompagnée d'une perte sanguine peu abondante mais prolongée (15 jours). La crise a duré quelques jours et il persiste seulement quelques douleurs dans le bas ventre.

L'examen montre, dans le petit bassin, une masse profonde et dure, à contours peu nets, appréciable au palper abdominal, accessible à bout de doigt par le rectum et le vagin. Les culs-de-sac vaginaux ne bombent pas. Mais le Douglas paraît blindé. Utérus volumineux et peu mobile.

L'intervention sous rachianesthésie est très pénible. On extirpe par hystérectomie subtotal de gauche à droite une tumeur formée, en arrière de l'utérus, par les annexes des deux côtés très adhérentes, et une tumeur incluse dans le ligament large droit. Suites normales après une légère réaction péritonéale durant les premiers jours.

La pièce extirpée montre deux kystes hématiques de l'ovaire. Le droit a le volume d'un poing d'adulte, l'autre d'une pomme. Parois épaisses, irrégulières à l'extérieur, tapissées de vieux caillots et tomenteuses ; aspect des hématoécèles de la vaginale. Sang coagulé, noirâtre au centre des deux poches.

Rien qui puisse faire songer à une grossesse tubaire.

Lésions de métrite et de salpingite. L'examen histologique n'a pu être fait.

OBSERVATION IV

(De Rouville et Delmas. — Résumée)

Femme de 29 ans, qui, à la suite d'un curettage pour avortement septique, n'a plus eu ses règles pendant deux ans. Pendant ce laps de temps s'installent des douleurs pelviennes qui prennent le type de crises de pelvipéritonite. Enfin, les crises douloureuses cessent et ses règles reparaissent. L'état génital est redevenu bon. Peu avant son entrée à la clinique, la femme présente une suppression de règles avec phénomènes gravidiques (seins, état nerveux, etc.) ; peu après s'installent des douleurs pelviennes avec hémorragie qui font penser à un avortement.

A l'examen, l'utérus est ramolli, et l'on perçoit des masses an-

nexielles fixées, volumineuses, rénitentes, douloureuses. On pense à une grossesse extra-utérine.

Intervention : extirpation de masses annexielles, bilatérales dont l'une incluse par hystérectomie subtotala de gauche à droite difficile. Suites normales.

Les trompes sont saines. L'ovaire gauche contient un kystecitrin et un kyste hématique à contenu chocolat du volume du poing. L'ovaire droit présente aussi un kyste hématique du volume d'un œuf de poule.

L'examen histologique montre l'absence de grossesse ectopique.

La paroi d'un des kystes est constituée « par des cellules arrondies ou irrégulières, à gros noyau et des travées conjonctives, courbes et dissociées, qui limitent des espaces plus ou moins larges, contenant des cellules lutéiniques ». La paroi étudiée au point de vue de sa vascularisation montre des vaisseaux nombreux très dilatés, qui présentent leur maximum de dilatation au voisinage de la cavité kystique et s'ouvrent dans cette dernière, en raison de la désagrégation progressive du corps jaune. »

OBS. V (Audibert et Mériel). — Femme de 38 ans, qui, après avoir eu sept grossesses normales, fait un syndrome d'avortement tubaire. On trouve à l'intervention un kyste hématique ovarien du volume des deux poings, rompu, avec hématocele pelvienne. Le tout se présente comme une masse d'adhérences en forme de cœur, englobant utérus et annexes.

L'examen histologique élimine l'hypothèse de grossesse ectopique.

OBS. VI (Jayle). — Femme de 38 ans, présentant une symptomatologie de fibrome enclavé. L'aspect opératoire est celui d'une hématocele enkystée. L'examen montre qu'il s'agit d'un kyste hématique de l'ovaire droit contenant trois quarts de litre de sang.

OBS. VII (Pottier). — Femme de 17 ans, récemment mariée. Arrêt de la menstruation pendant un mois, puis hémorragies atypiques, peu abondantes et répétées, avec douleurs pelviennes.

Examen : petite masse juxta-utérine, qui en impose pour une grossesse ectopique. La pièce est formée par un kyste hématique

ovarien, du volume d'un œuf de poule constitué par quatre ou cinq poches communiquant entre elles et contenant un liquide noirâtre.

Examen histologique : ovaire entouré d'une pseudo-albuginée. La couche corticale est criblée de petites cavités folliculaires ; dans l'une se fait une hémorragie entre l'ovaire et le follicule. Couche bulbairé refoulée, sclérose diffuse. Le kyste au centre de l'ovaire est limité par des cavités folliculaires.

Obs. VIII (Paucot et Debeyre, observation douteuse). — Syndrome de grossesse tubaire. L'intervention permet d'extirper un kyste hématique avec paroi formée de tissu granuleux en voie de dégénérescence sans cellules nettes. Pas de villosité ni d'embryon. Les auteurs se croient pourtant autorisés à conclure à une grossesse ovarienne.

Obs. IX (Lacouture). — Présentation de pièces d'une malade opérée par Desmons : kystes hématiques ovariens à grand volume et utérus fibromateux.

Obs. X (Rouffart et Delporte, thèse de Stern). — Utérus bicorné unicervical. Les deux ovaires sont transformés en kystes hématiques à contenu chocolat du volume de têtes de fœtus, à parois épaissies et couvertes d'adhérences.

Au microscope : on reconnaît le tissu ovarien non complètement détruit mais très dense et de consistance cartilagineuse.

Obs. XI (Leriche et Blanc-Perduet). — Multipare de 43 ans, opérée deux ans auparavant pour grossesse extra-utérine rompue. Deux ans après, consécutivement à un retard de règles de dix jours, crise abdominale violente avec réaction péritonéale, pertes rouges, sans signes de grossesse.

L'intervention montre une inondation péritonéale.

Hystérectomie : utérus fibromateux, trompes enflammées. L'ovaire droit présente un kyste hématique du volume d'un œuf de pigeon. L'ovaire gauche est sclérokystique et l'hémorragie intra-péritonéale a été causée par la rupture du petit kyste hématique folliculaire. L'examen histologique d'un kyste hématique droit

montre l'absence de tout revêtement épithélial à l'intérieur. Mais, autour du kyste, les vaisseaux sont dilatés et forment des ceintures vasculaires péri-kystiques très denses.

Obs. XII (Mériel). — Kyste hématique volumineux d'un ovaire chez une fillette de 14 ans. Symptomatologie : dysménorrhée très violente sans écoulement sanguin (quelques gouttes). Tumeur fluctuante à droite de l'utérus. Diagnostic : hématosalpynx. Enfin, au moment d'une crise, on a constaté une augmentation de volume considérable de la tumeur.

Intervention : kyste hématique de l'ovaire droit du volume d'un utérus gravide de six mois.

Obs. XIII. (Violet et Alamartine). — Femme qui a présenté deux crises de pelvipéritonite sans retard de règles. Diagnostic : kyste à pédicule tordu. L'intervention a montré une hémato-cèle enkystée et causée par la rupture d'un kyste hématique de l'ovaire droit, du volume d'une petite orange. Au microscope, pas de débris placentaires.

Obs. XIV (Thèse de Tartanson). — Femme ayant présenté des accidents abdominaux douloureux sans annexite et signes d'hémorragie interne. L'intervention découvre une hémato-cèle. L'ovaire gauche porte un kyste hématique du volume d'une mandarine à parois minces et lisses, contenant du sang liquide presque pur. L'ovaire droit porte un kyste hématique à peine plus petit et rompu en un point. L'examen microscopique ne montre pas de villosités.

Obs. XV (Burger). — Intervention chez une femme qui présente des symptômes d'inondation péritonéale. La pièce est constituée par un kyste hématique folliculaire du volume d'un œuf de poule, sans trace d'éléments fœtaux.

Obs. XVI (Harris). — Chez une femme atteinte de dysménorrhée intense, l'intervention a permis de voir : un kyste hématique de l'ovaire droit représentant six fois le volume normal de l'ovaire. Traité par curettage et cautérisation. Sur l'ovaire gauche il y avait un petit kyste hématique folliculaire.

Obs. XVII (De Rouville). — Chez une femme de 33 ans, syndrome d'avortement tubaire et d'hématocèle rétro utérine par poussées successives. Laparotomie et annexectomie gauche.

L'examen a montré un kyste hématique anfractueux du volume d'une amande. La paroi comprend un tissu « constitué par de nombreuses cavités vasculaires dilatées, gorgées de sang, à parois minces situées dans un substratum d'aspect embryonnaire et parsemé de vaisseaux à type artériel ».

Obs. XVIII (Pollosson, thèse de Vigneau). — Symptômes d'annexite chez une multipare de 27 ans. A l'opération, on trouve un kyste hématique du volume d'une mandarine avec petit fibrome utérin. Il n'y a rien d'intéressant à signaler dans l'examen histologique.

Obs. XIX (Léopold). — Tuméfaction pelvienne apparue au moment d'une période menstruelle avec crise douloureuse ; puis rétrocedée.

Obs. XX (Léopold). — Observation identique, sauf que la résorption n'a jamais été complète.

Obs. XXI (Léopold). — Kyste hématique du volume d'un œuf de poule qui suppura, s'ouvrit par le rectum et entraîna plus tard la mort de la malade par septicémie chronique.

Ces trois observations sont douteuses.

Obs. XXII (Terrier, mémoire de D. Constantin). — Kystes hématiques bilatéraux, ayant le volume d'une orange d'un côté, d'une pomme de l'autre.

L'examen histologique montre des follicules ouverts dans les kystes. L'albuginée ovarienne est très épaisse.

Obs. XXIII (P. Petit). — Kyste hématique unilatéral du volume d'une grosse orange. La paroi est lisse et peu épaisse et ne montre à l'examen histologique aucune trace d'épithélium à sa face interne.

Obs. XXIV (Pillet). — Observation de kyste hématique du volume d'un œuf de poule développé dans un corps jaune, dont la paroi est encore bien conservée sur certains points.

Obs. XXV (Bender et Marcille). — Femme de 26 ans. Signes d'inondation péritonéale. Kyste volumineux développé dans un corps jaune et rompu dans le péritoine.

Obs. XXVI (Søenger). — Kyste hématique unilatéral du volume d'une tête d'enfant, développé dans un follicule non rompu, dont la paroi est simplement dilatée.

Obs. XXVII (Søenger). — Kyste hématique qui avait pris naissance pendant la menstruation et qui se rompit. Il était entouré d'une épaisse albuginée. Il fallut quinze litres d'eau pour nettoyer le péritoine.

Obs. XXVIII (Pauchet). — Syndrome de rupture tubaire chez une multipare de 32 ans. L'autopsie montre deux ovaires énormes; le gauche, rompu, avait donné naissance à l'inondation péritonéale.

Le droit porte un kyste hématique du volume d'une pomme. Utérus : 9 centimètres.

Obs. XXIX (Bouilly, thèse de Cestan). — Syndrome douloureux menstruel avec tumeur juxta-utérine. Diagnostic : kyste végétant de l'ovaire. On trouve un kyste hématique du volume d'une pomme.

Obs. XXX (Rohé). — Jeune fille de 21 ans, présentant des phénomènes nerveux très accentués au moment des périodes menstruelles. Examinée par hasard, on trouve une tumeur ovarienne.

A l'opération, hémorragies intra-folliculaires de l'ovaire droit. Kyste hématique du volume d'une mandarine au niveau de l'ovaire gauche. Guérison radicale des troubles nerveux après extirpation.

Obs. XXXI (Terrier, thèse de Rollin). — Syndrome menstruel douloureux chez une femme de 29 ans.

L'intervention donne issue à un peu d'ascite claire. On trouve un kyste hématique bilatéral, orange d'un côté, pomme de l'autre; la tumeur droite incluse dans le ligament large.

A l'examen histologique, on voit des follicules hémorragiques ouverts dans la cavité kystique.

Obs. XXXII (Largeau). — Syndrome menstruel douloureux dû à un kyste hématique du volume d'un œuf de poule chez une femme de 34 ans.

Obs. XXXIII (Bœckel). — Ménorragies et syndrome menstruel douloureux chez une femme de 28 ans. Tumeurs périutérines.

Traitées par ponctions qui donnent (4 litres, 1 lit. 1/2, trois quarts de litre de liquide). Finalement, marsupialisation du kyste droit suppuré.

A l'autopsie : ovaire droit : kyste hématique du volume d'une tête d'enfant avec follicules dans la paroi. L'ovaire gauche contient un gros kyste hématique avec petits kystes hématiques folliculaires, ouverts dans la cavité principale.

Dans cette observation on a noté que les tumeurs augmentaient de volume et devenaient douloureuses à chaque menstruation.

Entre ces périodes la malade allait bien.

Obs. XXXIV (Scanzoni). — Chez une fille de 18 ans, morte d'hémorragie interne pendant ses règles, on a trouvé un kyste hématique du volume d'un œuf de poule rompu avec épanchement de 3 litres de sang dans le péritoine.

Obs. XXXV (Trousseau). — Kyste hématique rompu dans le péritoine à la fin d'une dothiéntérie. Volume d'un œuf avec follicule de de Graaf ouvert dans la cavité kystique. Trouvaille d'autopsie.

Obs. XXXVI (Dolérís et Petit). — Kyste hématique de l'ovaire gauche du volume d'une orange. L'examen histologique montre sur une zone de la paroi les éléments du bulbe de l'ovaire.

Obs. XXXVII (Howard Kelly). — Chez une femme de 21 ans, tumeur ovariennne du volume d'une noix d'Espagne.

Après ablation, on constate qu'il s'agit d'un kyste hématique entouré d'une épaisse coque de tissu ovarien et de nombreuses adhérences.

Obs. XXXVIII (Cochard). — Chez une femme morte de septicémie consécutive à des pansements utérins, on trouve à l'autopsie un foyer hématique du stroma non folliculaire avec petits foyers voisins non folliculaires ouverts dans la cavité principale.

Obs. XXXIX (Puech). — Rapporte quatre observations de kystes hématiques ovariens unilatéraux variant du volume d'un œuf à celui d'une pomme.

Trois se sont terminés par rupture intrapéritonéale : le quatrième par suppuration avec péritonite diffuse.

OBS. XL (Drecq, cité par Jayle). — Kyste hématique du volume d'un œuf de poule.

OBS. XLI (Doran). — Une observation de kyste sanguin de l'ovaire à paroi de un demi-pouce d'épaisseur.

OBS. XLII (Munde). — Hématome bilatéral, volume d'une orange d'un côté et d'un œuf de poule de l'autre.

OBS. XLIII (Montgomery). — A publié un cas identique.

OBS. XLIV (Maurange). — Un kyste hématique du volume d'un œuf, rompu avec hématoçèle.

OBS. XLV (Boldt). — Gros kyste hématique rupturé d'origine folliculaire.

OBS. XLVI (Edebohls). — Gros kyste hématique compliqué d'hystéro-épilepsie. Guérison des troubles nerveux par ablation du kyste.

OBS. XLVII (Luton). — Mort avec signes de péritonite diffuse. A l'autopsie, on trouve un kyste hématique ovarien suppuré.

OBS. XLVIII (Rickards, rapporté par Saunders). — Kyste hématique ovarien du volume d'une tête d'enfant à terme trouvé au cours d'une autopsie.

OBS. XLIX (Paquet). — Kyste hématique du volume d'un œuf de poule.

OBS. L (Pollard). — Chez une femme de 28 ans, à la suite de coïts répétés, signes d'hémorragie interne dus à la rupture d'un gros kyste hématique ovarien.

OBS. LI. — Nous ne rapporterons pas les observations de cysthématomas menstruel post-opératoires qui s'écartent un peu de notre cadre et qui ont été d'ailleurs très bien étudiés par Dartigues et Johannidès et la thèse de Chassat.

Nous avons publié avec M. de Rouville une observation de kyste hématique consécutif à une annexectomie bilatérale avec hystéro-

pexie abdominale ; cette observation est intéressante par l'examen histologique de la pièce.

Il s'agit d'une jeune femme qui a subi, dans le service de notre maître, l'annexectomie bilatérale et une hystéropexie abdominale. Elle rentre six mois après dans le service pour une violente crise douloureuse pelvienne, avec perte sanguine faible. L'examen dénote une petite tumeur juxta-utérine arrondie, régulière et douloureuse.

Après extirpation, on constate qu'il s'agit d'un kyste hématique développé aux dépens des débris des annexes droites.

Examen histologique : la paroi comprend :

1° Une couche interne très vasculaire avec un follicule hémorragique ouvert dans le kyste ;

2° Une couche externe de tissu conjonctif très dense.

BIBLIOGRAPHIE

- ANCEL et VILLEMEN. — Causes de la menstruation. Soc. de biologie, 1907.
- ANCEL. — A propos d'objections faites à la théorie de Fränkel. Lyon médical, 1909.
- ARRIVAT. — Les hémorragies génitales d'origine ovarienne. Gaz. des hôp., 1914.
- ALBERS. — Hématomes de l'ovaire. Deutsche Klin. Berl., 1853.
- AUDIBERT et MÉRIEL. — Revue de gyn. et de chir. abd., 1913, p. 341.
- BURGER. — Centralblatt für gynak., 1903.
- BOLDT. — Ovarian abcess. Am. journ. obst., 1888.
- BOUDEY. — Hémorragies de l'ovaire. Thèse de Bordeaux, 1902-3, n° 119.
- BENDER et MARCILLE. — Inondation péritonéale par rupture d'un kyste hématique. Tribune médicale, 1904.
- BLANC. — Lésions annexielles dans les fibromes. Thèse Montpellier, 1910.
- BOECKEL. — Kystes ménorragiques des ovaires. Gaz. méd. de Strasbourg, 1861.
- BERNUTZ et GOUPII. — Clinique médicale des maladies des femmes.
- BARNES. — Traité pratique des maladies des femmes, 1876.
- BONNET et PETIT. — Traité de gynéc., p. 251.
- BARRAUD. — Métorrh. dans l'ovarite scléro-kystique. Thèse Bordeaux, 1902.
- BRANT. — Pathologie du corps jaune. Résumé in Journ. de chir., 1909.
- CLAISSE. — L'ovaire des fibromateuses. Thèse Paris, 1900.
- CARESME. — Apoplexie ovarienne et hématocele, 1864.

- CESTAN. — Thèse Paris, 1894.
- CHAVANNAZ et ROCHE. — Journal de méd. de Bordeaux, 1905.
- CHARRIER. — Hématocèle pelvienne par rupture d'hématome de l'ovaire. Journal de méd. de Bordeaux, 1912.
- CONZETTE. — L'ovaire à petits kystes. Thèse Paris, 1890.
- CARASSIK. — Thèse de Montpellier, 1915-16. Volumineux kyste hématique des ovaires.
- CHARRIER. — Kyste hématique de l'ovaire. Gazette des hôp., 1913.
- CHASSAT. — Thèse Paris, 1909, n° 102. Cysthématomes menstruels post-opératoires.
- CLARET. — Thèse Paris, 1896.
- COURTY. — Gynécologie, p. 1214.
- DANIEL (Constantin). — Kyste hématique de l'ovaire. Revue de chir. de Bucarest, 1907.
- Les petits kystes hématiques des ovaires au point de vue chirurgical, 1905.
 - Etude sur les hémorragies des grands kystes de l'ovaire sans torsion du pédicule, 1903.
- DARTIGUES et JOHANNIDIS. — Cysthématomes menstruels post-opératoires. Revue de gyn. et de chir. abd., 1908, p. 41.
- DOLÉRIS et PETIT. — Société anatomique, 1888. Kyste hématique de l'ovaire.
- DALCHÉ. — De l'ovarite. Thèse Paris, 1886.
- DEVAUT. — Lésions des annexes dans les fibromes. Thèse Paris, 1903.
- DELPORTE. — Recherches sur la menstruation tubaire. L'Obstétrique, 1909.
- DORAN. — Lancet, 1887.
- DUDLEY. — Hématome of ovary. Cité dans la thèse de Vigneau.
- BOVIS (DE). — Le corps jaune. Semaine méd., 1906.
- DALCHÉ. — Dysménorrhée des jeunes femmes. Gaz. des hôp., 1904.
- DELESPIN. — Thèse Paris, 1905. Métrorragies et affections annexielles.
- DUPLAY et RECLUS. — Article de Second, p. 651.
- EISENBERG-PAPERIN. — Les ovaires surnuméraires. Thèse Paris, 1911.
- ENGSTROEM. — Annal. für gynaek. Hématocèle par hémorragie du corps jaune, 1907.
- FORGUE et MASSABUAU. — Traité de gynécologie in Le Dentu et Delbet.
- L'ovaire à petits kystes. Revue de gynéc., 1910.
- FINOT. — Menstruation et fécondation. Thèse Paris, 1911.

FABRE. — Lésions des ovaires dans les fibromes. Thèse Montpellier, 1910.

FRAIKIN. — L'ovarite scléro-kystique. Thèse Bordeaux, 1899.

FAURE et SIREDEY. — Traité de gynécologie.

GOTTSCHLALK. — Tuméfactions aiguës de l'ovaire. Deutsch. medic. Woche., 1896.

GÉRY et VIGNES. — Soc. anat., 1913 Cysthématome menstruel post-opératoire.

GUYOT et PÉRY. — Volumineux kyste hématique de l'ovaire droit. Soc. d'obst. et de gyn. de Bordeaux, 1909.

GALLARD. — Lésions anatomiques de l'ovaire. France méd., 1885.

— Leçons cliniques sur les maladies des ovaires, 1880.

GRÉCO. — Lésions des annexes dans les fibromes Thèse Palerme, 1895.

HANNECART. — Ann. de la Soc. belge de chir., 1900.

HEDLEY. — Journ. obst. and gynec., 1910. Analysé in Journ. de chirurgie, 1911. Hématomes de l'ovaire (18 cas).

HUNTER. — Petit kyste hématique avec hémor. dans cavité. Obst. soc. N.-Y., 1886.

HARRIS. — American Journ. obst., 1904. Kyste hématique de l'ovaire droit.

HOWARD-KELLY. — N.-Y. med. J., 1886. Hématome de l'ovaire.

HABUSSEAU. — Thèse Paris, 1891.

JONES DIXON. — Chirurgie gynéc., 1900, pp. 417 à 429.

JAYLE. — Presse médicale, 1909; Soc. de chir., 1909; Revue de gynéc., 1909. Hémorragies de l'ovaire (17 cas).

— Revue de gynéc., 1903. Hémorragies intra-kystiques.

KUHN. — Hématomes du ligament large. Thèse Zurich, 1894.

KÖBNER. — Les kystes du corps jaune. Archiv. für gynaek., 1908.

LE DENTU. — Rapport au congrès de chir., 1891.

LUTON. — Gazette médicale, 1836. Kyste hématique suppuré.

LUKE. — Lancet, oct. 1912. Rupture d'un kyste hématique intra-ligamentaire.

LABADIE, LAGRAVE et LEGUEU. — Traité de gynéc., p. 679.

LAWSON TAIT. — Traité clinique des maladies des femmes, 1891.

LOCKYER. — Physiologie et pathologie du corps jaune. Med. chron., Manchester, 1905.

LERICHE et BLANC-PERDUCET. — Soc. des sciences méd. Lyon, 1911.

| Kyste hématique de l'ovaire avec hémor. intra-péritonéale.

- LÉOPOLD. — Arch. für gynak., 1878. Hémorragies et tumeurs sanguines des ovaires.
- LE DENTU et BONNET *in* Le Dentu et Delbet, p. 890.
- LERICHE. — Archives de gyn. et d'obst., 1911.
- LAUGIER. — Mémoire à l'académie des sciences, 1835.
- LACOUTURE. — Journ. méd. de Bordeaux, 1904. Kyste hématique des ovaires.
- MARTIN. — Les maladies des ovaires et des parovaires, 1889.
- MÉRIEL. — La question des ovaires surnuméraires. Paris méd., 1912.
— Revue de gynéc., 1911. Dysménorrhée par grand kyste hématique de l'ovaire.
- MERCADÉ (S.) — La période post-opératoire.
- MAURANGE. — Annales de gyn., 1853. Kyste hématique rompu.
- MUND*, MONTGOMERY. — Cité *in* thèse de Cestan, 1894.
- NÉLATON. — Gaz. des hôp., 1831. Tumeurs sanguines du pelvis.
- NOEL. — Thèse de Paris, 1897. Les cysth. menstruels post-opératoires.
- NOGGERATH. — Amer. Journ. of. obst., 1880.
- OSNOS. — Thèse Montpellier, 1913. Destinée des segments ovariens laissés *in situ* après hystérectomie.
- PILLIET. — Annales de gynécologie, 1893.
— Gaz. hebdomadaire de méd. et de chir. — Anat. pathol. de l'ovarite scléro-kystique, 1890.
- PUECH. — Montpellier médical, 1858. Apoplexie ovarienne.
- POZZI. — Traité de gynécologie.
- POPOFF. — L'ovaire des fibromateuses. Centralblatt. f. gynak., 1890.
- POTTIER. — Anat. pathol. et pathogénie des kystes hématiques primitifs. Revue de gyn., 1903.
- PRENANT et BOUIN. — Traité d'histologie.
- RENAUT. — Histologie pratique.
- ROLLIN. — Hémorragies de l'ovaire. Thèse Paris, 1863, n° 378.
- REYNIER. — Semaine gynéc., 1911. Ovaires kystiques.
- ROBIN (CH.). — Soc. de biologie, 1856. Hémorragies des vésicules ovariennes.
- ROUSSEAU. — J. méd. de Bruxelles, 1903. Hémorragies ovariennes.
- ROHÉ. — American Journ. obst., 1894. Hématome de l'ovaire.
- ROUSSEAU. — Thèse Paris, 1892, n° 129. Varicocèle pelvien.
- ROUVILLE (DE) et ARRIVAT. — Un cas de cysthématome menstruel post

opératoire. Archives mensuelles d'obst. et de gynéc., juin 1913.

ROUVILLE (DE). — Annales de gynéc., 1910.

ROUVILLE (DE) et CARRIEU. — Avortements tubaires. Soc. des sciences de Montpellier, 1910.

ROUVILLE (DE) et DELMAS. — Grand kyste hématique bilatéral. Soc. obst. de Montpellier, 1913.

SCENGER. — Centralblatt. f. gyn., 1889. Gros kyste hématique.

SEEDORF. — Hospitalstiden de Copenhague, 22 janvier 1913. Hématome de l'ovaire. Sa fréquence et ses symptômes cliniques. (Nos recherches ne nous ont pas permis d'entrer en possession de ce document simplement cité *in* Journal de chirurgie, 1913.)

SCHROEDER. — Maladies des org. gén. de la femme.

SCANZONI. — Mal. des org. de la femme.

SINETY (DE). — Traité de gynécologie.

THEVENARD. — Hématocèle rétro-utérine chez la femme, 1896.

TROUSSEAU. — Cliniques, t. III, p. 653.

TATE. — Amer. Journ. obst., 1904. Hématomes de l'ovaire.

TARTANSON. — Thèse Paris, 1909. Les hémorragies intra-péritonéales.

TERRILLON. — Congrès de chirurgie, 1891.

VIGNES. — Tumeurs sanguines du pelvis. Thèse Paris, 1851.

VIGNEAU. — Hématomes de l'ovaire. Thèse de Lyon, 1907-09.

WOLFF. — Arch. für gynek., 1907. Petits hématomes de l'ovaire.

WITAS. — Rapport de l'ovulation et de la menstruation. Bull. méd. de l'Algérie, 1912.

VENOT. — Journ. méd. Bordeaux, 1903.

VEIT. — Remarques sur quelques ovariectomies. Berlin. Klin. Woch., 1876.

VIOLET et ALAMARTINÉ. — Soc. des sc. méd., 1907.

Nous n'avons pas cité les travaux sur l'ovarite scléro-kystique ; on trouvera cette bibliographie dans notre article cité plus haut.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Vu et permis d'imprimer,
Montpellier, le 27 avril 1917.
Le Recteur,
ANT. BENOIST.

Vu et approuvé,
Montpellier, le 27 avril 1917.
Le Doyen,
MAIRET.

